

Ateliers*Version française***Réalité virtuelle : du couple clavier-souris à la Kinect**

Résumé non communiqué.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.330

*Version anglaise***Virtual reality from the keyboard/mouse couple to Kinect**

No abstract provided.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.330

Posters*Version française*

P038–FR

Intérêt de la marche dans l'eau chez l'hémiplégiqueE. Guettard*, S. Jandziak, C. Lombard, N. Podevin, V. Varane, P. Dumont
CRF Sainte-Clotilde, BP 60093, 19 bis, chemin de la Clinique-Sainte-Clotilde,
97492 Saint-Denis cedex, Réunion

*Auteur correspondant.

Mots clés : Analyse de la marche ; Hémiplégie ; Marche dans l'eau

La balnéothérapie est souvent proposée chez l'hémiplégique après AVC mais les modifications des paramètres de marche sont mal décrites dans la littérature. L'objectif de cette étude est de comparer la marche de ces patients dans l'eau et au sol.

Critères d'inclusion : AVC ischémique ou hémorragique, capacité de marche sur plus de 10 m sans aide technique. Critères d'exclusion : insuffisance cardio-respiratoire non équilibrée, lésion cutanée, incontinence urinaire/fécale, trouble cognitif gênant la compréhension de la consigne et la présence d'un trouble neurologique ou orthopédique controlatéral à l'hémiplégie.

Seize patients ont été inclus : âge moyen 44,9 ans (± 19), délai depuis l'AVC 53,25 mois (± 104), BMI 25,4, MIF $99,8 \pm 16$, BBS $49,5 \pm 6$, test de 6 min 277 ± 114 m.

La marche était filmée de profil (3 passages sur 6 m côté droit et gauche) successivement au sol et dans l'eau. Les vidéos étaient analysées avec le logiciel Kinovea®, en étalonnant les distances au sol sur la distance condyle fémoral latéral/maléole latérale, préalablement mesurée sur chaque patient.

La fréquence cardiaque était comparable dans les 2 conditions (94,3/min au sol versus 92,5/min dans l'eau, $t=0,78$, $p=0,45$) pour une vitesse de marche dans l'eau ($17,58 \pm 4,9$ m/min) en moyenne 2 fois plus lente qu'au sol ($38,4 \pm 16,2$ m/min). Dans l'eau, les patients ont diminué à la fois la longueur du pas et la cadence sauf 3 (Lpas stable ou augmentée). Les Lpas étaient statistiquement corrélées ($p=0,03$) mais pas les cadences ($p=0,20$) reflétant des stratégies différentes face à la résistance de l'eau. Six patients présentaient un défaut de contrôle du membre hémiplégique avec difficulté à le ramener vers le sol, 3 ont perdu le pas postérieur et tous présentaient un équin dynamique côté hémiplégique.

Chez l'hémiplégique, la marche dans l'eau ne peut pas être assimilée à la marche en allègement corporel car d'autres facteurs influent (poussée d'archimède, forces de frottement, coût énergétique, appui au sol...) et il semble exister des stratégies d'adaptation différentes selon chacun.

Pour en savoir plus

Jung, et al. The influence of applying additional weight to the affected leg on gait pattern during aquatic walking poststroke. Arch Phys Med Rehabil 2010.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.332

P039–FR

Intérêt d'un programme d'éducation thérapeutique associant neurostimulation transcutanée et auto-rééducation par thérapie en miroir chez des patients présentant un syndrome douloureux régional complexe de type 1 (SDRC-1) de chevilleJ. Baglione-Streliski^{a,*}, V. Schollhammer^b, C. Ecoffey^c, P. Rault^d, I. Bonan^e^a Service de médecine physique et de réadaptation, centre hospitalier universitaire, boulevard de Bulgarie, 35000 Rennes, France^b Polyclinique de l'Atlantique, Consultation de la Douleur, Nantes, France^c Service d'anesthésie et de réanimation 2, CHU, Rennes, France^d Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU, Rennes, France^e Service de médecine physique et de réadaptation, CHU, Rennes, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Syndrome douloureux régional complexe de type 1 ; Éducation thérapeutique ; Neurostimulation transcutanée ; Miroir thérapie

Introduction.– La prise en charge du SDRC-1 n'est pas consensuelle et souvent invasive. Nous avons évalué un protocole pluridisciplinaire, non invasif, basé sur l'éducation thérapeutique du patient.

Objectif.– Présenter l'intérêt d'autonomiser le patient en lui apprenant de façon méthodique la neurostimulation transcutanée (NT) associée à un programme d'auto-rééducation par thérapie en miroir (ARTM).

Matériel/Méthode.– Nous avons réalisé une évaluation prospective, multicentrique. Les patients inclus sur une durée de trois mois ($n=26$), présentaient un SDRC-1 de cheville, en accord avec les critères de l'IASP. L'événement initiateur datait de moins de 6 mois et une scintigraphie réalisée dans le mois précédant la prise en charge devait être contributive. Notre critère de jugement principal était construit autour de l'objectif thérapeutique (écologique et individualisé) fixé avec le patient et modélisé selon le *Single Goal Attainment Scaling* (s-GAS). Les critères secondaires comportaient : périmètre de marche, test de Wade, charge à l'appui monopodal, EVA et goniométrie.

Résultats.– Après 6 mois de prise en charge, 20 patients avaient atteint les objectifs fixés. Soixante-neuf pour cent des patients ($n=18$) retrouvaient un appui monopodal supportant 100 % du poids du corps avec une amélioration de la locomotion.

Discussion.– L'éducation thérapeutique du patient présentant un SDRC-1 de cheville, autonomisé dans sa prise en charge et utilisant la NT et l'ARTM, a permis d'obtenir un résultat meilleur que les données de la littérature évoquant 68 % de guérison du SDRC-1 à 11 mois, toute prise en charge confondue.

Pour en savoir plus

[1] McCabe CS. Mirror visual feedback for the treatment of CRPS-1. Curr Pain Headache Rep 2008;12:103–7.

[2] Moseley G. Is successful rehabilitation of CRPS due to sustained attention to the affect limb? Pain 2005;114:54–61.

[3] McCabe CS. A controlled pilot study of the utility of mirror visual feedback in the treatment of CRPS-1. Rheumatology (Oxford) 2003;42:97–101.

[4] Somers DL. Transcutaneous electrical nerve stimulation for the management of neuropathic pain. Phys Ther 2006;86:698–709.

[5] Vladimir Tichelaar YI. Mirror box therapy added to cognitive behavioural therapy in CRPS-1 patients. Int J Rehabil Res 2007;30:181–8.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.333

P040–FR

La validité de construit convergente (VCC) de la version française (F) du questionnaire PRWE (Patient Rated Wrist Evaluation) avec la version française (F) du questionnaire DASH (Disabilities Arm Shoulder and Hand) est bonne à très bonne dans une population